

Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale
per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov _____ residente in
_____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza
_____ n. _____ CAP _____ domiciliato presso
_____ CAP _____ tel. _____ cell. _____

Indirizzo email _____

Codice Fiscale _____

Stato civile⁴ _____

Cittadinanza⁵ _____

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciatoa _____ con scadenza il _____;
- cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____
- titolare di *status* di rifugiato (*indicare l’ente che ha rilasciato l’attestato, il numero e la data*)

- titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

⁴ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

⁵ Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____
Grado di parentela _____	specificare _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____	Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via /
P.zza _____	n.° _____
CAP _____	tel. _____ Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):	

Vista la Deliberazione di Giunta comunale n° 69/2024 di Approvazione della convenzione con la Regione Umbria per l'attuazione del Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società delle persone con disabilità e la Determina Dirigenziale n. 423/2025 con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome /Cognome), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità. A tale fine

DICHIARA



QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
1°						
2°						
3°						
4°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da
Con verbale n. _____.

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- ☐ fisica
- ☐ psichica
- ☐ sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- ☐ stabilizzata
- ☐ progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti

Cognome e Nome del medico curante

Cognome e Nome dello specialista di riferimento



QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ (all.1)

DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.)*

In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del GDPR 2016/679 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune di Narni capofila di della Zona Sociale n. 11 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Servizi Finanziari e Servizi Sociali. Il personale impiegato nel percorso del progetto "*vita indipendente*", nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.

Data

Firma

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:



Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

Data _____

Il pubblico Ufficiale

(Timbro e firma per esteso)

Firma _____



Sezione 2): Formulario di progetto personale per la “vita indipendente”

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ in
qualità di persona con disabilità o il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
_____ in qualità di legale rappresentante della persona con
disabilità (nome _____ cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

- I. Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) **e indicazione in mesi della durata del progetto:** _____

II. Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

S NO

• Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda) S I NO

• Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda): S NO

• Svolgimento di un lavoro S NO

Se SI, quale _____

Specificare tipologia contratto _____

• Frequenza di un corso di studio S NO

Se SI, quale _____

Presso _____

• Possesso di patente di guida S NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____ ;

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta _____



• beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari

S NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),

_____.

Presenza di un assistente personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “vita indipendente”.

S NO

⁶ Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

III. Obiettivi di prevista evoluzione del progetto connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

IV. Necessità della persona:



■ Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente⁶:

S NO

Generalità dell'assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____

tel. _____

Codice Fiscale _____

■ Assunzione con contratto di lavoro di un familiare⁷:

S NO

Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (qualora esistente) _____ specificare _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____

tel. _____

Codice Fiscale _____

■ Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "vita indipendente"⁸:

S NO

Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

⁶ Il ricorso a familiari, in fase di avvio del progetto per la "vita indipendente", è autorizzato dai Servizi territorialmente competenti solo in via del tutto eccezionale e transitoria, per un massimo di tre mesi e, la relativa spesa, non si configura quale spesa ammissibile per il Fondo Sociale Europeo.

⁸ Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.



Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____

tel. _____

Codice Fiscale _____

- Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (*specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto*):

-attività di mobilità personale: _____

-attività di cura della persona: _____

-attività lavorative: _____

-attività scolastiche, universitarie e formative: _____

-attività per il tempo libero e l'inclusione sociale: _____

-attività di comunicazione: _____

Altro, specificare: _____

?

?

?

Breve descrizione





- Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la “vita indipendente”:

Stato Città Via/P.zza

vani n.	Breve descrizione		
	Di proprietà (o con mutuo)		
	▪ In uso gratuito		
	▪ Usufrutto		
	▪ In affitto con contratto canone previsto nel contratto	€	
	▪ Altro, specificare		
	Presenza servizi igienici adeguati	SI	NO
	Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI	NO
	Presenza di barriere	SI	NO

Se SI, specificare:

Esterne Interne

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto S NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

Stato Città Via/P.zza

vani n.

alter caratteristiche (specificare)

Esterne

Interne -

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare)



V. Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

- Assistente personale⁹:
 - Stipendio € _____
 - Contributi € _____
 - Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____
 - Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____
- Canone di locazione di unità immobiliare¹⁰ (totale): € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale¹¹ (totale): € _____
- Totale Fondo DPCM: € _____
- Altri costi totale (specificare)¹²: € _____

INOLTRE DICHIARA:

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale**, nel rispetto della normativa, laddove previsto;

⁹ A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di **€ 1.000,00** mensili.

¹⁰ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

¹¹ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **30%** del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

¹² Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto per sonale per la *vita Indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.



- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *“vita indipendente”*;

INFINE SI IMPEGNA A:

- rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____ Firma

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

Data

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Allegati:

- 1) copia del la certificazione ISEE, in corso di validità;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona con disabilità.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).

